REGIONE BASILICATA - A.S.P. di Potenza
FEDERAZIONE MEDICO SPORTIVA ITALIANA
CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT DI POTENZA
Via Londra 89 tel 097146537
url: www.centromedicinadellosport-pz.it
mail: info@centromedicinadellosport-pz.it

PER MINORENNI NON ACCOMPAGNATI DA UN GENITORE: COMPILARE E RESTITUIRE FIRMATO AL CENTRO

Sig./ra _____Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Documento d'identità _____ CF.: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Tessera sanitaria _____ n tel./cell.: _____

Sport per cui è stata richiesta la visita _____

Prima visita Visita successiva

Eventuali altri sport praticati _____

ANAMNESI FAMILIARE E PERSONALE

- Familiare: fra i tuoi stretti familiari si sono verificati casi di Ictus, infarto, diabete, ipertensione arteriosa, morte improvvisa o tumori? Se si quali _____

  _____

- Personale: Ti sono state diagnosticate alcune delle suddette malattie? Se si quali?_____

  _____

  Assumi farmaci? Se si quali? _____

  _____

  Hai subito fratture o infortuni negli ultimi cinque anni? Se si quali? _____

  _____

  Sei mai stato ricoverato in ospedale? Se si per che motivo? _____

  _____

  Hai mai subito interventi chirurgici? Se si quali? _____

  _____

  Fumo _____ Alcolici_____

Potenza, li _____

Firma leggibile (del tutore se si tratta di minore) _____